**CONVOCATORIA CAS N° 001-2019**

**HOSPITAL DE PAMPAS**

**POSTULANTE : (Apellidos y Nombres)**

**NOMBRE DEL PUESTO : (Indicar el cargo al que postula)**

**CODIGO DE PLAZA : (Indicar el código de la plaza)**

**DNI : (xxxxxxxx)**

**FOLIOS : (En total incluye anexos)**

**(ANEXO N° 01)**

**CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**

**Señores:**

COMISION EVALUADORA CAS

HOSPITAL DE PAMPAS

**PRESENTE**

Yo; ………………………………………………………………….………..(Nombre y Apellidos) identificado con DNI. N° ……………………………, domiciliado en ………………………………………………………, mediante la presente, le solicito me considere para participar en el Concurso Público CAS N° 001-2016-HP, realizado por el Hospital de Pampas de Tayacaja, a fin de acceder al puesto laboral cuya denominación es: …………………………………………………………………………………………… para el Hospital de Pampas de Tayacaja, para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos solicitados establecidos en las Bases Administrativas y publicación correspondiente para el servicio objeto de la Convocatoria, adjuntando a la presente el correspondiente Currículo Vitae documentado copia fiel de la original que obran en mi poder, copia de DNI y Declaraciones Juradas (Anexos N° 02, 03 y 04).

Pampas; …………… de Abril del 2019

…………………………………………………………………….

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**Indicar marcando con un aspa (x), Condición de Discapacidad:**

Adjunta Certificado de Discapacidad (SI) (NO)

Tipo de Discapacidad

* Física ( ) ( )
* Auditiva ( ) ( )
* Visual ( ) ( )
* Mental ( ) ( )

Resolución Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE. **Indicar marcando con un aspa (x):**

**Licenciado de la Fuerzas Armadas** (SI) (NO)

**(ANEXO N° 02)**

**FORMATO DE CONTENIDO DEL CURRICULUM VITAE**

**(Con Carácter de Declaración Jurada)**

1. **DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno :

Apellido Materno :

Nombres :

Nacionalidad :

Fecha de Nacimiento :

Lugar de nacimiento Dpto./Prov./Dist. :

Documento de Identidad :

RUC :

Estado Civil :

Dirección (Avenida/Calle-N° Dpto) :

Ciudad :

Teléfono (s) Celular (es) :

Correo Electrónico :

Colegio Profesional (N° si aplica) :

1. **ESTUDIOS REALIZADOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITULO O GRADO** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXP. DEL TITULO (MES/AÑO)** | **UNIVERSIDAD / INSTITUTO** | **N° FOLIO** |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |
| **MAESTRIA** |  |  |  |  |
| **DIPLOMADO** |  |  |  |  |
| **TITULO UNIVERSITRARIO, BACHILLER O EGRESADO** |  |  |  |  |
| **TITULO DE PROFESIONAL DE TECNICO O EGRESADO** |  |  |  |  |

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN**

Detallar Conocimientos informáticos y estudios afines al puesto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION** | **FECHA DE INICIO Y TERMINO** | **DURACION EN HORAS O CREDITOS** | **INSTITUCION** | **N° FOLIO** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **TOTAL HORAS LECTIVAS** | | |  |  |  |

**(Puede Insertar más filas si así lo requiere)**

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

EL POSTULANTE deberá detallar en cada uno de los cuadros siguiente, SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

**Experiencia laboral (\*) mínima de ……. Años y ….. meses** (comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA EN TIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO (mes/año)** | **FECHA DE CULMINACION (mes/año)** | **TIEMPO EN EL CARGO** | **N° FOLIO** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **Descripción del Trabajo realizado** | | | | | | |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Descripción del Trabajo realizado** | | | | | | |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **Descripción del Trabajo realizado** | | | | | | |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere)**

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta. Y en caso necesario, autorizo su investigación. Mes someto a las disposiciones establecidas.

Pampas;……………. de Abril del 2019

**NOMBRES Y APELLIDOS :**

**DNI :**

**FECHA :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Huella Digital**

**FIRMA**

**(ANEXO N° 03)**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES Y DE NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES**

**ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM**

Yo; ………………………………………………………………….………..(Nombre y Apellidos) identificado con DNI. N° ……………………………, RUC N° ………………………. con domiciliado en ………………………………………………………, estado civil …………………… natural del Distrito de ………………………. Provincia de …………………………. Departamento de ……………………………., **DECLARO BAJO JURAMENTO**:

1. Que no percibo otros ingresos provenientes del Estado. De percibir otro ingreso del Estado distinto a la actividad docente o por ser miembros únicamente de un órgano colegiado y resultar ganador del presente proceso de selección, me obligo a dejar de percibir dichos ingresos durante el periodo de contratación administrativa de servicios.
2. Que no tengo antecedentes penales ni judiciales.
3. Que no tengo sentencia condenatoria o haber sido sometido a procesos disciplinarios o sanciones administrativas que me impidan laborar en el Estado.
4. Que no me encuentro inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional.
5. Que no he sido condenado por delitos sancionados con penas privativas de la libertad, o encontrarme sentenciado(a) y/o inhabilitado(a) para ejercer función pública.
6. Que no tengo sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
7. Que no me encuentro inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM, a que hace referencia la Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.

Esta declaración se formula en aplicación del principio de veracidad establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Pampas;……………. de Abril del 2019

……………………………………………………………………..

**Firma del Participante**

**Huella Digital**

**Nombres y Apellidos**……………………………..

**(ANEXO N° 04)**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO – LEY N° 26771**

**D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. N° 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM**

Yo; ………………………………………………………………….………..(Nombre y Apellidos) identificado con DNI. N° ……………………….…… al amparo del Principio de Veracidad señalado por el Articulo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el Articulo N° 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Hospital de Pampas de Tayacaja.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatoria. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

Manifiesto, que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de los establecido en el Artículo 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Pampas; …………. de Abril del 2019

……………………………………………………………………..

**Firma**

**(ANEXO N° 05)**

**DECLARACION JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CODIGO DE ETICA DE LA**

**FUNCION PÚBLICA**

Yo; ………………………………………………………….………..(Nombre y Apellidos) identificado con DNI. N° ……………………………, con domiciliado en ……………………………………………, declaro bajo juramento, que tengo conocimiento de la siguiente normatividad:

* Ley N° 28496, “Ley que modifica el numeral 4.1. del Artículo 4° y el Artículo 11° de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
* Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.

Pampas; ……….. de Abril del 2019

……………………………………………………………………..

**Firma**